Karla Geanne dos Santos Araújo Marques

Avaliação das alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto com um grupo de mulheres

Campina Grande – PB
2023

Avaliação das alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto com um grupo de mulheres

Viver é a coisa mais rara do mundo. A maioria
das pessoas apenas existe.
Oscar Wilde

Karla Geanne dos Santos Araújo Marques
Enfermeira, especialista em Enfermagem de
Urgência e Emergência, pelo Centro
Universitário de Patos UNIFIP.

Introdução

Abortamento é a interrupção da gravidez antes que o feto se torne viável, ou seja, antes que tenha condições de vida extrauterina (SMELTZER; BARE, 2002).

Tradicionalmente, considerava-se que ocorria abortamento quando o feto era expulso com menos de 28 semanas de gestação e pesando menos de um quilo. Só além desses limites haveria nascimento prematuro. No entanto, os avanços científicos reduziram progressivamente esses limites, em particular mediante o aperfeiçoamento dos métodos de tratamento intensivo dos prematuros.

O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 21) ressalta que:

> Uma das grandes conquistas da medicina moderna é a drástica redução nos índices de abortamento espontâneo, graças, sobretudo, a uma política preventiva. A instituição do acompanhamento pré-natal, em que periodicamente se avaliam aspectos da saúde da mãe, importantes para o desenvolvimento do feto, tem papel central nessa política. O pré-natal abrange também recomendações dietéticas, exercícios físicos e todo um trabalho de esclarecimento e apoio emocional à gestante.

Do ponto de vista de sua causa, classifica-se o abortamento em dois tipos principais: espontâneo e provocado. Entende-se por espontâneo o abortamento ocorrido em consequência de causas naturais. Quando resulta de ato deliberado da própria gestante ou de outra pessoa, diz-se provocado (DAMIANI, 2005).

Entretanto, a interrupção da gravidez possibilita vários transtornos psicológicos, às vezes pretende-se justificar o aborto como uma saída para situações angustiantes, onde sabemos que a pior angústia ou problemas psíquicos vem depois do aborto.

Segundo França (2003), as alterações psicológicas causadas pelo aborto são frequentes oscilações de ânimo e depressões, sensação de culpa, raiva, choros, medos e pesadelos, essas alterações são devidas às consequências seja ela por aborto causado ou espontâneo, levam sempre esses transtornos.

O aborto viola a mulher de uma forma profunda. Fatos comprovam que o aborto não é uma solução para problemas psicossociais, pelo contrário, após o aborto persistem as crises e aumenta as novas e mais graves consequências psíquicas.

Mulheres que reagem emocionalmente de forma instável quando submetidas a estresses, responderam às tensões psicológicas do aborto com anomalias psíquicas ainda mais fortes. As adolescentes são mais atingidas pelo fato de serem dependentes das famílias e não terem responsabilidades de assumir o seu papel de ser mãe, onde mais tarde podem acarretar esses transtornos psíquicos (DAMIANI, 2005).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde(OMS), metade das gestações é indesejada e uma a cada nove mulheres recorre ao aborto. No Brasil, os cálculos mostram que o índice de abortamento é de 31%, ou seja, ocorrem aproximadamente 1,44 milhões de abortos espontâneos e inseguros com taxa de 3,7 para cada 100 mulheres. A gravidade da situação também se reflete no SUS. Só em 2004, 243.988 mulheres foram internadas para fazer curetagem pós-aborto (BRASIL, 2005).

Os problemas biopsicossociais enfrentados pelas mulheres que sofrem aborto, trazem consequências que se prolongam pelo resto da vida. Tais problemas precisam ser melhor discutidos junto aos profissionais de saúde, que atuam, principalmente, nas unidades do PSF.

Mediante tal relato, acreditamos que é de grande importância o estudo quanto à problemática do aborto na fase de formação acadêmica, pois é nesta fase que desenvolvemos os conhecimentos práticos e teóricos, principalmente atendendo as necessidades dos clientes, quanto à conscientização enfrentada com os problemas biológicos, psíquicos e sociais trazidos pelo aborto.

A importância que se deve a tais problemas justifica a escolha do tema objeto do presente estudo, que tem por objetivo avaliar as alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto, em um grupo de mulheres numa comunidade do município de Patos-PB.

Materiais e métodos

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com análise quanti-qualitativa dos dados, com o objetivo de avaliar os problemas biopsicossociais no enfrentamento do aborto, entre um grupo de mulheres de uma comunidade do município de Patos-PB.

Segundo Gil (1995, p. 31), "as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, levando ao aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições".

Este tipo de pesquisa é realizada especialmente quando o tema abordado é pouco explorado, tornando-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis acerca do assunto, enquanto que as pesquisas descritivas buscam descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda estabelecer a relação entre as varáveis.

Por sua vez, o estudo descritivo busca traçar características sociodemográficas de certas variáveis através de métodos quantitativos.

2.2 Local e período de estudo

O presente estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Liberdade, localizada na cidade de Patos-PB. A escolha por este local, deu-se pelo fato de ser aquela instituição uma referência no atendido às gestantes da comunidade do bairro Liberdade.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de agosto do corrente ano, após a aprovação do projeto de pesquisa.

2.3 População e amostra

A população foi constituída de mulheres que tiveram história anterior de aborto e que foram assistidas pela equipe de Saúde da Família Liberdade. E, a amostra composta por aquelas que, no período da coleta de dados frequentaram a referida unidade de saúde e aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1998), totalizando um grupo de dez mulheres.

2.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por perguntas

objetivas e subjetivas, que foi aplicado na tentativa de avaliar as alterações biopsicossociais causadas pelo aborto e o enfrentamento do grupo pesquisado diante deste.

Ainda como método auxiliar foi utilizado um gravador de voz, com o objetivo de captar os discursos das entrevistadas com maior precisão.

2.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados na referida unidade de saúde por ser um local de fácil acesso para a comunidade e que favoreceu a coleta em ambiente tranquilo, livre de indução ou qualquer intercorrência.

2.6 Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados os dados, foram analisados e demonstrados em tabelas e quadros explicativos, elaborados através do programa Microsoft Word, visando uma melhor demonstração dos resultados. As tabelas apresentam números absolutos e percentuais, e os quadros apresentam os relatos mencionados pelas entrevistadas diante das questões norteadoras.

Os quadros que analisam os dados qualitativos foram elaborados mediante técnica do discurso do sujeito coletivo, que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação de dados discursivos, provenientes dos depoimentos dos participantes envolvidos no estudo (LEFÉVRE, LEFÉVRE, TEIXEIRA, 2000).

Segundo Severino (2002), a análise é um pré-requisito para uma classificação. Esta se baseia em caracteres que definem critérios para a distribuição das partes ou determinadas ordens. A análise é um processo de tratamento do objeto, pelo qual este objetivo é decomposto em suas partes constitutivas, tornando-se simples aquilo que era composto e complexo.

Análise e Discussão dos Dados

3.1 Dados de Caracterização da Amostra

Para realizar o estudo, a casuística foi agrupada em quatro faixas etárias: com idades menores de 20 anos e compreendidas entre 21 e 30, 31 e 40 e 41 anos ou mais. Assim, os dados coletados demonstram que 40% das entrevistadas são menores de 20 anos de idade; igual percentual está inserido na faixa etária entre 21 e 30 anos, 10% das entrevistadas possuem idades entre 31 e 40 anos. O restante (10%) está numa faixa etária acima de 41 anos.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo características socioeconômicas.

Variáveis	Características	f	%
Faixa Etária	Menor de 20 anos	4	40,0%
	Entre 21 e 30 anos	4	40,0%
	Entre 31 e 40 anos	1	10,0%
	41 anos ou mais	1	10,0%
Estado Civil	Casada	2	20,0%
	Solteira	8	80,0%
	Viúva	0	0,0%
	Outros	0	0,0%
Grau de Escolaridade	Não Estudou	0	0,0%
	Ens. Fund. Incompleto	7	70,0%

Grau de Escolaridade	Ens. Fund. Completo	0	0,0%
	Ens. Médio Incompleto	1	10,0%
	Ens. Médio Completo	1	10,0%
	Ens. Sup. Incompleto	1	10,0%
	Ens. Superior Completo	0	0,0%
Renda Familiar	Inferior a 1 S. Mínimo	6	60,0%
	Entre 1 e 2 S. Mínimos	4	40,0%
	Entre 2 e 3 S. Mínimos	0	0,0%
	Entre 3 e 4 S. Mínimos	0	0,0%

Fonte: Pesquisa direta.

Analisando os dados, constata-se que o abortamento atingiu as mulheres nos diferentes grupos etários, com maior ocorrência na faixa de idade reprodutiva. No entanto, entre as mulheres com menos de 20 anos de idade, os números encontrados foram consideráveis. É possível, que tal incidência tenha sido por falta de orientações quando aos métodos anticoncepcionais, fato que, como a gravidez inesperada, provocou-se o aborto.

Das mulheres entrevistadas, a grande maioria (80%) é solteira, o que pode representar um agravante social, e, consequentemente, ter afetado o desenvolvimento da gravidez, visto que a importância do parceiro, pai ou marido durante a gestação é de fundamental importância para o binômio mãe-filho. Esse resultado sugere que o casamento formal não ocorre com grande frequência na comunidade estudada.

Segundo Maldonado (2000), a estrutura familiar tem passado por alterações radicais, e, para entendê-la melhor é preciso levar em conta a complexidade da vida atual, em especial, na zona urbana.

A pesquisa demonstrou ainda que 70% das mulheres entrevistadas possuem apenas o ensino fundamental incompleto, as demais, em parcelas iguais de 10%, possuem respectivamente o ensino médio completo, ensino médio incompleto e o ensino superior incompleto.

Afirma Gonçalves (2005, p. 101), que:[...]

> Os achados sobre a escolaridade e a ocupação/profissão remetem à ideia de que os fatores socioeconômicos e culturais interferem na saúde dos indivíduos por que podem determinar, desde possibilidades diferenciadas de acesso aos equipamentos de saúde, até a iniciativa do próprio indivíduo para buscar o cuidado, já que, uma vez atendidas as necessidades primárias de sobrevivência a pessoa tende a buscar outros patamares de satisfação das necessidades.

O baixo índice de escolaridade das entrevistadas sugere que as mesmas são, em sua grande maioria, oriundas das camadas mais pobres da população.

A situação socioeconômica é frequentemente relacionada como fator que dificulta a escolaridade, entre as pessoas. Por isso a escolaridade tem sido utilizada como indicador de classe social (BRASIL, 2000).

Esta afirmação é corroborada com os dados coletados quanto à renda mensal familiar, que demonstram que 60% das entrevistadas possuem renda familiar mensal inferior a um salário mínimo. As demais apresentam renda de 1 a 2 salários mínimos mensais.

Em síntese, a totalidade da amostra é representada por mulheres de baixo poder aquisitivo. Esta característica é também apresentada por grande parte da população que busca atendimento médico junto às unidades de saúde, mantidas pelo Sistema Público de Saúde (BRASIL, 2004).

3.2 Dados de Caracterização das Dificuldades Enfrentadas

Cada pessoa carrega consigo seus valores, cultura, raça, experiências vividas, crenças, expectativas de vida, ideias pré-concebidas construídas ao longo de sua vida, que irão influenciar suas percepções. Este modo de ser, viver, sentir e perceber o mundo se traduz nos comportamentos observáveis de um indivíduo ou de uma coletividade frente às diversas situações cotidianas, entre elas, as situações que envolvem o processo saúde-doença.

Neste sentido, para discorrer sobre os objetivos propostos foi necessário agrupar as falas em quatro áreas temáticas principais, focalizando a ideia central e o discurso de cada sujeito. Assim, os dados coletados foram agrupados quanto à caracterização da amostra de acordo com as alterações físicas após o aborto; com o enfrentamento diante

do aborto; com o enfrentamento da família/amigos/ vizinhos diante do aborto e quanto às informações recebidas.

Quadro 1 - Caracterização da amostra de acordo com as alterações físicas após o aborto, diante do questionamento: Você percebeu alguma alteração no seu corpo (alterações físicas) após o aborto que sofreu?

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO
Presença de alteração física	S. 1 – "Eu engordei bastante". S. 2 – "Depois do aborto senti dores musculares, e ainda estou de resguarde, e tomo banho morno com 15 dias. Senti dor de cabeça". S. 3 – "Meu ciclo menstrual ficou desregulado, meses vem e não tem data certa". S. 4 – "Perda de peso e enjoei". S. 5 – "Só tive uma infecção porque não fui a maternidade para fazer a curetagem". S. 8 – "Só a barriga que continua um pouco inchada, e muita dor na barriga e dor de cabeça".
Ausência de alteração física	S. 6; S. 10 – "Nenhuma". S. 7 – "Continuei a mesma coisa". S. 9 – "Fiquei normal.

As mulheres entrevistadas na presente pesquisa, relataram várias experiências por elas vivenciadas após o aborto. Algumas queixaram-se de dores musculares, dores de cabeça, ciclo menstrual desregulado, perda de peso e enjoos.

Outras relataram que após o aborto que sofreu não percebeu nenhuma alteração no seu corpo, principalmente, de ordem física. A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se o abortamento ocorreu no 2º trimestre da gestação. O retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje, portanto, ela deve ser orientada a usar um método contraceptivo por três meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais (BRASIL, 2005, p. 31).

De acordo com Brasil (2005), após o aborto, a mulher pode apresentar algumas complicações de ordem médica. Alguns autores citam que a mulher após o aborto pode ser vítima da Síndrome pós-abortiva (PAS).

Quadro 2 – Caracterização da amostra de acordo com o enfrentamento diante do aborto, diante do questionamento: De que modo você enfrentou o aborto? Ou melhor, como reagiu a esta situação?

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO
Com frieza, com sentimento de individualidade	S. 3 – "De maneira fria, só pensei em mim, não quis ouvir opiniões de segundos". S. 5 – "Tomei *citotec*, não me arrependi porque o pai era sem futuro, e era muito jovem para assumir um filho, e queria ir para as festas".
	S. 1 – "Quase morro, fiz uma curetagem, fiquei muito triste".

Com tristeza, com sentimento de perda	S. 2 – "Depois que senti, tive um sentimento de que ele ainda estava comigo, porque criei um de sete meses e queria ficar com ele também, senti uma coisa e ainda sinto vontade de chorar, porque quem é mãe não esquece". S. 4 – "Muito mal porque eu não queria e fui induzida pelos meus pais, pois eu era muito nova". S. 6 – "Fiquei muito triste, porque eu queria". S. 7 – "Eu fiquei muito triste, porque queria, mas engravidei logo depois". S. 8 – "Senti uma perda, porque queria demais um filho e ainda não me conformei com a situação, meu marido também está inconformado, culpando todos". S. 9 – "Eu tava com dois meses quando perdi, eu fiquei meio triste, porque saiu uma bolinha e quando fui trocar o absorvente saiu um pedaço grande, e já tinha olhos, um do lado e outro do outro".
Com sentimento de penalidade	S. 10 - "Pra mim foi ruim, deu hemorragia grande, tive mais dois (filhos), tomei remédio e quase morro, tive medo de dizer por que é errado e não disse nada, era eu colocando o menino no mato e o povo dizendo que se tivesse outro ia ficar com defeito".

Quando indagadas sobre como enfrentaram o aborto, o grupo de mulheres entrevistadas forneceu respostas que foram agrupadas em três categorias (ideias principais):

a) Com frieza, com sentimento de individualidade.

b) Com tristeza, com sentimento de perda.

c) Com sentimento de penalidade.

Analisando o discurso dos sujeitos inseridos na primeira categoria, constatou-se que algumas mulheres além de extremamente individualistas, são desprovidas de sentimento materno: encararam o aborto friamente, sem nenhum sentido de perda.

Um, inclusive, admitiu que tomou Citotec, medicamento que poderia ter colocado em risco a sua própria vida, agindo de forma um tanto criminosa.

Eticamente, o simples fato de ser o suposto pai *'algum sem futuro'*, não dá a mulher o direito de interromper a gravidez, utilizando-se de medicamentos ou procurando clínicas clandestinas. Tal procedimento, além de atentar contra os princípios da ética e da moral, é punível por lei.

Afirma Adesse (2005, p. 15), que:

> Do ponto de vista ético e legal, o aborto se constitui como crime pelo Código Penal de 1940, com pena de três anos de prisão para a mulher e quatro anos para o profissional de saúde. A prática de aborto é uma clara demonstração da desigualdade social no Brasil na medida em que a grande maioria das mulheres não tem condições de

pagar esse procedimento em uma clínica clandestina de aborto com tecnologia adequada e, buscam métodos mais incertos e inseguros.

O resultado disso é o altíssimo número de morbimortalidade materna Analisando o discurso dos sujeitos inseridos na segunda categoria, constatou-se existir entre a maioria das mulheres um maior sentimento de maternidade. Todas encararam o aborto com um sentimento de perda. Uma mesmo induzida pelos pais a praticar o aborto de forma ilegal, admitiu que ao fazê-lo, sentiu-se muito mal, porque queria a criança.

De acordo com Araújo e Viola (2003, p. 37):

> Os ônus físico, emocional e financeiro da perda de gravidez são grandes. A frequência relativamente alta dos abortamentos levou à "regra" de muitos casais não contarem à família ou aos amigos sobre sua gravidez inicialmente. Os abortamentos muitas vezes se associam à culpa ("Se eu não tivesse"), embaraço ("Deve haver algo errado comigo") e estados depressivos ("Por que devo me incomodar de tentar de novo?") O processo de tristeza e o período de luto necessário variam dramaticamente, mas costumam ser minimizados por cônjuge, família, amigos e médicos.

Em suas falas, apenas uma mulher admitiu que o marido ficou inconformado com a perda precoce do filho/filha. Outra alegou que mesmo após o aborto, ainda sentia como se estivesse carregando consigo o filho, que

perdera. Nesta última fala, pode-se perceber a dimensão dos impactos psicológicos que o aborto pode produzir nas mulheres.

Para algumas, o sentimento da perda permanece por muito tempo. E, em gestações futuras, ele ressurge ao longo da gravidez, obrigando a mulher a vários cuidados, deixando-a estressada.

Ressaltam ainda Araújo; Viola (2003, p. 18) que:

> As questões emocionais que cercam a perda da gravidez ampliam-se exponencialmente quando ocorre abortamento de repetição. Infelizmente, unicamente por „má sorte‟, 4-6% de todas as mulheres que tentam engravidar apresentarão pelo menos dois abortamentos e cerca de 1-2% terão três ou mais abortamentos. Ao direcionar as mulheres para um estudo de perda recorrente da gravidez, pode-se identificar um fator subjacente contribuinte 40-50% das vezes. Quando se encontra e se trata um fator contribuinte, o prognóstico para gravidez bem-sucedida tipicamente fica em torno de 80%. Mesmo nos casais nos quais não se encontre previamente uma gravidez e parto normais, o prognóstico tende a ser melhor.

A maior parte das mulheres que passam por um aborto, pode retornar às suas atividades habituais horas ou poucos dias após um abortamento do primeiro trimestre.

No entanto, a visita de seguimento é uma oportunidade para que os provedores possam falar com as

mulheres sobre as suas experiências, se necessário. Pois, mulheres que fizeram o abortamento por razões de saúde ou após estupro podem precisar falar de seus sentimentos de perda, bem como podem desejar orientação e apoio adicional (ADESSE, 2005).

A única mulher inserida na terceira categoria encarou o aborto sem arrependimento, no entanto, com sentimento de penalidade.

Analisando o discurso dessa mulher, pode-se perceber a importância do planejamento familiar. Esta, inclusive, admitiu que provocou dois abortos, mesmo enfrentando grande hemorragia e correndo risco de morte.

De acordo com Adesse (2005, p. 14):

> O abortamento causa significativa de morte da população feminina, tem sido pouco objetivado nas ações dos governos voltadas para a redução da mortalidade materna. Segundo motivo das internações obstétricas no Sistema Único de Saúde (SUS), superado apenas por partos, o abortamento tem sido tratado com tecnologia.

Avaliação das alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto com um grupo de mulheres arcaicas, com indisfarçável preconceito na relação profissional de saúde/clientela e, é fim de linha dos atendimentos obstétricos nos plantões das emergências públicas.

A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de

internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais.

Para evitar maiores danos à saúde da mulher, a assistência prestada a ela pós-abortamento deve ser humanizada. Nesse sentido, o acolhimento e a informação compõem um elemento essencial para uma atenção humanizada ao pós-abortamento por responder as necessidades da mulher, seja ela de caráter emocional, social, ou física.

Desta forma, é responsabilidade de toda a equipe de saúde garantir o direito à informação, a privacidade e a atenção humanizada às mulheres em abortamento. Em circunstancias onde o aborto é permitido por lei, o sistema de saúde público deve treinar e equipar os serviços de saúde e promover outras medidas que assegurem que o abortamento seja seguro e acessível.

Quadro 3 - Caracterização da amostra de acordo com o enfrentamento da família/amigos/vizinhos diante do aborto, diante do questionamento: Você enfrentou alguma dificuldade diante da sua família/amigos/vizinhos, após o aborto?

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO
Enfrentou alguma dificuldade de aceitação após o aborto	S. 5 – "Sim, pois meu pai passou 5 meses sem falar comigo, o povo da rua falava, mas eu não ligava". S. 8 –"Meu pai não aceitou e quer que eu faça ligação, mas meu marido quer ter outro filho, tem muitas

	brigas”.
Não enfrentou nenhuma dificuldade de aceitação após o aborto	S. 1 – “Eles me ajudaram muito e me deram força”. S. 2 - “Os parentes, vizinhos e conhecidos falaram que era vontade de Deus, e ajudaram muito, me deram força para tudo. Tive medo de ter depressão”. S. 3 – “Bom, meus familiares não souberam e meus amigos me apoiaram”. S. 4 - “Só quem sabia era minha família, mas depois do acontecido fingiram não ter acontecido nada”. S. 6 – “Fui apoiada por minha família, porque queria muito a criança”. S. 7 – “Nenhuma, todos me apoiaram e deram forças, porque foi com uma raiva que tive”. S. 9 – “Minha mãe não disse nada e só comentei com ela”. S. 10 – “Fiz só, não disse nada a ninguém, me arrependi porque ia morrendo, com dois meses tive outro”.

Quando questionadas se enfrentaram alguma dificuldade diante da família/amigos/vizinhos, após o

aborto, a grande maioria das mulheres entrevistadas afirmou que não.

Uma das mulheres entrevistadas, que não era casada e nem possuía companheiro, enfrentou a desaprovação do pai, no seio familiar, e falou que seu aborto foi comentado pela vizinhança.

Outra, disse, que temendo as consequências de um novo aborto, o pai aconselhou a fazer laqueadura. No entanto, a mesma vem enfrentando problemas em casa, porque o marido quer outro filho.

Entre as mulheres que não encontraram dificuldades no meio familiar, após o aborto, uma afirmou que: *"Fiz só, não disse nada a ninguém, me arrependi porque ia morrendo, com dois meses tive outro"*.

Analisando essa fala, pode-se perceber que a declarante provocou o aborto e enfrentou sérias consequências de ordem médica, inclusive, correndo risco de morte. No entanto, constata-se também, o despreparo para a maternidade e a falta de informações sobre o planejamento familiar. Pois, após dois meses, a mesma mulher, enfrentou outro aborto.

As causas que levam a morbimortalidade materna, devido ao aborto são várias, sobre este tema Murta et al(2001, p. 19), comentam que:

> No Brasil, o nível primário de prevenção do abortamento séptico é dificultado pelo difícil acesso, principalmente pelas pacientes de baixo nível socioeconômico, aos serviços de Planejamento

> Familiar, e pelo Código Penal que permite o abortamento em duas situações: nos casos de risco de vida materno e em casos de estupro. A ilegalidade do aborto leva as mulheres a procurarem locais sem as condições ideais para a prática deste procedimento. O uso inadequado de material e de antibióticos aumenta o índice de infecção. Isto leva, no caso do Brasil, ao maior volume de pacientes que necessitam de atenção no nível secundário e terciário de prevenção no abortamento séptico.

Deve-se registrar que a busca por um atendimento ao abortamento incompleto termina, muitas vezes, por se constituir em uma vivência marcada pelo desrespeito. São comuns os relatos de curetagem sem anestesia, negligências, maus-tratos, falta de orientação e atendimentos marcados por preconceitos.

Uma pesquisa realizada no setor de abortamento de uma maternidade pública de João Pessoa-PB, apontou padrões de crueldade, desconforto, violência e desumanização naturalizadas pelo atendimento à saúde na rede pública (SOARES, 2003).

3.3 Dados referentes às informações recebidas pelo Serviço de Enfermagem

Na construção do instrumento utilizado para a recolha dos dados, também teve-se a preocupação de se inserir um questionamento relacionado às informações recebidas

pelo Serviço de Enfermagem. Os dados colhidos nesse questionamento encontram-se apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Caracterização da amostra quanto às informações recebidas, diante do questionamento: Que tipo de informações sobre o aborto você recebeu pelo enfermeiro da unidade de saúde onde é cadastrada?

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO
Não recebeu informação alguma	S. 1 –"No tempo eu não sabia que estava (grávida), e não fui ao postinho, não tive repouso" S. 3 –"Não compareci para obter informações sobre o assunto em nenhuma unidade de saúde" S. 4 –"Nenhuma" S. 5 –"Não procurei o serviço de saúde porque tinha medo de falar que causei o aborto e ele brigar ou falar" S. 6 –"Não porque não fui ao posto de saúde, fiquei em casa" S. 7 –"Não fui ao posto" S. 8 –"Não recebi nenhuma informação" S. 9 –"Não fui ao posto e ao médico" S. 10 –"Ninguém fez pergunta e não disse nada, e não fiz nada"
Recebeu informação adequada	S. 2 – "Ele veio aqui, falou dos cuidados e me atendeu superbem".

Quando questionadas sobre que tipo de informações sobre o aborto havia recebido do profissional de enfermagem, na unidade de saúde onde são cadastradas, 90%

das mulheres entrevistadas afirmaram que não receberam nenhuma informação.

No entanto, analisando o discurso de cada sujeito, pode-se constatar que algumas mulheres não compareceram à Unidade de Saúde com medo de enfrentar qualquer reação/desaprovação por parte dos profissionais, porque haviam provocado o aborto. Por esse motivo, a humanização da assistência de enfermagem é algo que precisa ser praticada e não somente discutida no meio acadêmico.

Os profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Saúde, precisam interagir melhor com os pacientes, ouvindo-os, orientando-os, fazendo que a assistência que está sendo prestadas seja mais humanizada.

Com essa prática, acredita-se que a população, de forma mais frequente, participará mais das ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde. Adquirindo, desta forma, conhecimentos e informando-se sobre a importância da prevenção.

De acordo com OMS (2003, p. 69):

> Os profissionais de saúde devem assegurar-se de que essas mulheres recebam informação e orientação sobre anticoncepção pós-abortamento, incluindo anticoncepção de emergência, antes da alta do serviço de saúde. Todos os métodos anticoncepcionais, incluindo dispositivos intrauterinos e anticoncepcionais hormonais, podem ser utilizados no pós-abortamento, sempre que se esteja atento às condições da mulher que podem limitar a indicação de determinados métodos.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem dar instruções simples e claras, verbalmente e por escrito às mulheres que fizeram abortamento a respeito de seu autocuidado após a alta, incluindo como reconhecer complicações que precisam de atendimento médico. Por outro lado, as mulheres que estão no processo de espera que um abortamento médico se complete devem poder entrar em contato com um médico ou outro profissional de saúde com capacidade de responder às suas dúvidas e dar a ajuda necessária.

A equipe de saúde também deve informar às mulheres de que poderão ter cólicas que podem ser aliviadas com analgésicos comuns, vendidos sem prescrição médica (BRASIL, 2005).

O enfermeiro se insere neste contexto, enquanto cuidador da saúde das pessoas, e ainda estando inserido em uma Unidade Básica de Saúde, tem o papel fundamental de acompanhar de perto as famílias sob sua responsabilidade. Assim sendo, diante desta perspectiva, o enfermeiro deve investigar a presença de mulheres grávidas, acompanha-las no atendimento pré-natal de baixo risco, assegurando uma assistência de qualidade, onde se insere a prevenção para o aborto e o tratamento pós-aborto, no que envolve todo o aspecto social, cultural, ético, físico e psicológico.

Acredita-se que o enfermeiro pode ainda fazer um papel intermediário, facilitando a comunicação entre a equipe

multiprofissional, que neste caso deve envolver ainda o profissional médico, o psicólogo e o assistente social.

Considerações Finais

Os achados desse estudo revelaram que o abortamento atingiu as mulheres nos diferentes grupos etários, com maior ocorrência na idade reprodutiva.

Especificamente, evidenciou-se uma grande ocorrência de aborto entre mulheres com menos de 20 anos, fato que desperta para a necessidade de medidas de prevenção, as quais devem ser implementadas ainda na adolescência.

Constatou-se também que entre a maioria das mulheres entrevistadas para a presente pesquisa, existe um grande sentimento de maternidade, pois as mesmas encararam o aborto com um sentimento de perda.

Para algumas, tal sentimento permaneceu por muito tempo. Para outras, o aborto trouxe problemas familiares e reprovação social. Apenas uma mulher, que declarou ter provocado o aborto, afirmou que encarou o referido ato sem arrependimento e sem sentimento de penalidade.

Entretanto, o que mais chamou a atenção foi o fato de que 90% das mulheres entrevistadas afirmaram que não receberam nenhuma informação sobre o aborto nas unidades de saúde onde são cadastradas, por parte do enfermeiro.

Avaliação das alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto com um grupo de mulheres

Tal fato demonstra a necessidade de maior envolvimento de profissionais da saúde em oferecer uma assistência humanizada às mulheres acometidas pelo abortamento, principalmente, para aquelas procedentes de grupos de baixa renda, no qual a prevenção da gravidez poderia evitar a ocorrência do abortamento e consequentemente, uma melhor qualidade e valorização da vida.

Considerando os resultados obtidos, identificamos que a problemática foi respondida na medida em que verificamos as alterações e consequências trazidas pelo aborto às mulheres entrevistadas; e simultaneamente os objetivos da pesquisa foram atendidos de forma que avaliamos as alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto, traçamos o perfil socioeconômico do grupo pesquisado; identificamos as dificuldades enfrentadas pelo grupo; e avaliamos as informações recebidas pelas clientes através do serviço de enfermagem.

Por fim, sensibilizadas da importância do tema, esperamos que esta pesquisa possa contribuir com os profissionais de saúde e educadores que trabalham nesta linha de investigação, para uma maior reflexão a respeito da importância da divulgação de informações na área de saúde, especialmente àqueles que estão à frente das Unidades Básicas de Saúde; bem como despertar o interesse dos acadêmicos para a busca do conhecimento aprofundado sobre o abortamento e suas implicações, afim

de que, com o conhecimento adequado, possamos oferecer serviço de enfermagem de qualidade, no que implica a essência deste, o cuidar do ser humano.

Referências

ADESSE, L. A Importância da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva IPAS BRASIL**, v. 37, n. 2, p. 11-20, mai., 2005.

ARAÚJO, M. J. O; VIOLA, R. C. Impacto da gravidez indesejada na saúde da mulher. Seminário Os Novos Desafios da Responsabilidade Política, CEPIA, Rio de Janeiro, 19-21 de setembro de 2003, **Anais**...

BITTAR, S. F. G. Aborto. In: SANTOS, I. et al. **Participando da assistência integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Enfermagem (CONEP). Resolução nº 196/96. In: **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 1, jul. 1998.

______. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção de saúde**. Módulo I. Brasília (DF): Secretaria de Políticas Públicas de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Programáticas Estratégicas. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS, 2001.

______. **Política de atenção à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Programáticas Estratégicas. **Saúde da mulher 2004**. Brasília: MS, 2005.

DAMIANI, F. E. **Gravidez na adolescência**: a quem educar? Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2005.

FRANÇA, G. A. de. **O problema da gravidez na adolescência**. São Paulo: Nova Dimensão, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GONÇALVES, L.. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC, 2005

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (org.) **O discurso do sujeito coletivo**: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul-RS: EDUCS, 2000.

LIMA, R.; MATOS, D. A interrupção da gravidez. In: **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, n. 14, v. 1, abr.-mai., 2004.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva, 2000.

MURTA, E. F. C. et al. Abortamento séptico: identificação de fatores de risco para complicações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 3, abr., 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Abortamento seguro**: Orientação técnica e de políticas para os Sistemas de Saúde. Brasília: OMS/MS, 2003.

SAVARIS, R. F. Abortamento. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, M. C. da. Aspectos psicológicos do aborto em adolescentes. **Revista Pediatria Moderna**, v. 33, n. 6, p. 458-460, jun., 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Enfermagem médico-cirúrgico**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública, v. 19, supl. 2, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

Sumário

1 Introdução... 7

2 Materiais e métodos....................................... 10

2.1 Tipo de estudo... 10

2.2 Local e período de estudo........................... 11

2.3 População e amostra................................... 11

2.4 Instrumento para coleta de dados............. 11

2.5 Procedimentos de coleta de dados............ 12

2.6 Procedimentos de análise dos dados........ 12

3 Análise e Discussão dos Dados.................... 14

3.1 Dados de Caracterização da Amostra....... 14

3.2 Dados de Caracterização das Dificuldades Enfrentadas... 17

3.3 Dados referentes às informações recebidas pelo Serviço de Enfermagem......... 28

Considerações Finais... 33

Referências.. 36